

**NIVEL DE AUTOESTIMA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE  
LOS 11 Y 18 AÑOS PERTENECIENTES A LA COMUNA 5 DE LA CIUDAD DE  
SANTA MARTA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGAS**

**CAMARGO GOENAGA KARELYS**

**JIMENEZ SANCHEZ IDANIS**

**REQUENA MENDOZA KAREN**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA D.T.C.H**

**Julio, 2009**

**NIVEL DE AUTOESTIMA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE  
LOS 11 Y 18 AÑOS PERTENECIENTES A LA COMUNA 5 DE LA CIUDAD DE  
SANTA MARTA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGAS**

**CAMARGO GOENAGA KARELYS**

**JIMENEZ SANCHEZ IDANIS**

**REQUENA MENDOZA KAREN**

**GUILLERMO AUGUSTO CEBALLOS OSPINO**

**Director**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA D.T.C.H**

**Julio- 2009**

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>9</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>16</b>
4.1 Autoestima	16
4.2 Embarazo Adolescente	17
<b>5. TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>34</b>
5.1 Exploratorio Descriptivo	34
5.2 Tipo de Diseño	34
5.3 Población	34
5.4 Muestra	35
5.5 Instrumento	35
5.6 procedimiento	37
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>7. DISCUSIÓN</b>	<b>43</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>48</b>
<b>9. REFERENCIAS</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>66</b>

## **DEDICATORIA**

*Doy gracias a Dios y a mi familia por que han guiado en cada uno de mis pasos, ellos han iluminado mi vida y la han llenado de bendiciones haciendo posible uno de mis sueños ser una gran profesional, agradezco a mis padres por su dedicación y amor, por su perseverancia y apoyo, he crecido he vivido y he aprendido junto a ustedes, el logro de esta meta será el camino para conseguir nuevas oportunidades de vida, a ustedes dedico este proyecto por que me han permitido descubrir lo más bello de la vida y me han orientado para adquirir conocimientos y ser cada día mejor.*

**KARELYS CAMARGO GOENAGA**

## **DEDICATORIA**

*Tanto tiempo he esperado, y hoy la utopía del ayer la he convertido en realidad, es el momento en el cual empiezo a plasmar el inmenso agradecimiento y amor que siento por aquellos que han estado presentes en cada parte de mi vida, a DIOS y a Mis padres, a ellos les dedico esta investigación, a ti mi viejo por tú templanza y lucha constante, por tu gran esfuerzo que hoy es el fruto de la excelente mujer y profesional que haz formado, a mi madre por su calidez y afecto, por cada palabra de esperanza, a tí te debo mi vida entera por que me haz impulsado cada día a ser mejor.*

*A TÍ MI DIOS QUE ERES EL SENTIDO DE MI VIDA...*

*Hoy mis conocimientos son el resultado de su más cálida y sentida creación, ellos quedarán impregnados en mi intento por lograr el éxito.*

**IDANIS JIMÉNEZ SÁNCHEZ**

**DEDICATORIA**

*Doy gracias en primer lugar a mi DIOS, por que fue mi fortaleza y mi motor en el transcurso de este camino, sin el hubiese sido imposible haber obtenido este titulo ya que el es el centro de vida.*

*A mis padres FELIX REQUENA y ENA MENDOZA quienes se plantearon un día brindarle estudios universitarios a sus hijos y gracias a esa meta que ellos se propusieron alcanzar; hoy por hoy es una realidad, a mis hermanos EDWARD Y EDWIN quienes estuvieron allí en todo momento dándome ánimo en estos cinco años de formación académica. A ellos doy gracias por su apoyo, dedicación y persistencia en la adquisición de este logro tan anhelado por mi.*

*A mis ABUELOS, por sus oraciones y apoyo al esfuerzo de mis padres; de igual manera doy gracias a mis tios en especial a mi tia a ROSMERYS que desde siempre compartió la visión de mis padres y a mi tio CARLOS que ha sido un soporte para mi y considera este triunfo como propio.*

*A mis amigos quienes siempre han estado allí esperando junto a mi este logro, gracias por ese regalo tan hermoso que me han dado su amistad por ello este logro también lo dedico a ustedes.*

**KAREN MARGARITA REQUENA MENDOZA**

## **ABSTRACT**

This study forms part of the self-esteem in adolescent pregnancy, ie the perspective of how they are integrally, thereby addressing one of the interested country's current problems, teenage pregnancy. Addressing the level of self-esteem (High Normal and low) of pregnant adolescents and socio-demographic factors in which they live.

We used a descriptive cross-type design, population and sample consisted of 22 pregnant teenagers in a suburb located northeast of the city of Santa Marta. The instrument used was the Rosenberg Self-Esteem Scale, which is a comprehensive measure of the construct, based on the multifaceted structure of self.

This research found that pregnant adolescents of 32% has a low level of self-esteem, there is no difference between the type of family (50% is nuclear and so long), 77% had made high school, 45 % are unmarried, 55% live with their parents, 100% were from low socioeconomic level, 9% stated that they had ingested illegal substances, 45% of pregnant teenagers have been abused and 14% said to have been purpose of sexual violation in its infancy.

Keywords: teenage pregnancy, self-esteem, sociodemographic aspects.

## **RESUMEN**

El presente estudio enmarca la autoestima de las adolescentes en estado de embarazo, es decir a la perspectiva de cómo ellas se ven integralmente; por ende interesa abordar una de las problemáticas actuales del país, El embarazo en adolescentes. Con el propósito de determinar el nivel de Autoestima (Alta Normal y baja) de las Adolescentes Embarazadas y los factores sociodemográficos en que viven.

Se utilizó un diseño de tipo descriptivo transversal, la población y muestra estuvo constituida por 22 adolescentes embarazadas de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta. El instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima de Rosenberg, que es una medida global del constructo, que se basa en la estructura multifacética del sí mismo.

La presente investigación encontró que de las adolescentes embarazadas el 32% presenta un nivel de autoestima baja, no hay diferencia entre el tipo de familia (50% es nuclear y el otro tanto extensa), el 77% ha efectuado estudios de secundaria, el 45% se encuentra soltera, el 55% convive con sus padres, el 100% pertenecían a estrato socioeconómico bajo, el 9% manifestó haber ingerido sustancias ilegales, el 45% de las adolescentes embarazadas ha sido objeto de maltrato y el 14% manifestó haber sido objeto de violación sexual en su infancia.

**Palabras clave:** *adolescentes embarazadas, autoestima, aspectos sociodemográficos.*

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**



El presente estudio enmarca la autoestima de las adolescentes en estado de embarazo, es decir a la perspectiva de cómo ellas se ven integralmente; por ende interesa abordar una de las problemáticas actuales del país, El embarazo en adolescentes, con el fin de determinar el nivel de Autoestima (Alta, normal y baja) de las Adolescentes Embarazadas y los factores sociodemográficos en que viven.

Esto es una problemática que con el tiempo ha dejado de ser un tabú, en aumento cada día, teniendo en cuenta que cada año en América Latina y el Caribe millones de adolescentes quedan embarazadas, por lo general estos embarazos son no planificados, teniendo como consecuencia la interrupción de los procesos sociales de las adolescentes y de forma más dramática el aumento del riesgo de fallecer por complicaciones del embarazo (Alvarado, 2003).

Las cifras obtenidas en América latina y en el Caribe apoyan lo dicho anteriormente, ya que los niveles de embarazos no planificados entre las adolescentes varían desde un 23% de todos los nacimientos que ocurrían de madres adolescentes en Guatemala a un 50% en Perú (CDC, 1992).

En Colombia las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad en los últimos 20 años, en 1990 se estimó alrededor de 70 por mil, mientras en 1995 subió a 89 y en el 2005 se estimaba en 90 por mil. Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, el 16% ya son madres y 4% está esperando su primer hijo (Ojeda, Ordoñez, Ochoa, 2005).

En Santa Marta, estudios informaron que el 25% de los adolescentes manifestaron haber tenido relaciones sexuales. Se documentó que haberlas tenido se asociaba con ser varón, tener más años de edad, mayor grado de escolaridad, fumar e ingerir bebidas alcohólicas y no había diferencia entre estudiar en colegio público y privado. Sin embargo, uno de estos estudios se hicieron con muestras relativamente pequeñas, tomadas por conveniencia (Ceballos y Campo, 2005). No obstante, estos mismos autores en un estudio más reciente hallaron que si existe diferencia entre estudiar en colegio público y privado, además, es de suponer que de estas relaciones pueden presentarse embarazos no planeados (Ceballos y Campo, 2007).

Como se ha mencionado, el aumento en la frecuencia de embarazos a tan temprana edad, cuando aun no existe la preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad, es debido a varios factores: maduración sexual más temprana, inicio temprano de los coitos, falta de uso de la planificación familiar, desconocimiento de la fisiología sexual, genitalización en la sexualidad y estrato socioeconómico bajo (Ceballos y Campos, 2007).

Cabe destacar que el embarazo de una adolescente se inserta en un complejo proceso de transformación individual que incluye la elaboración de su identidad; la construcción de las bases para su proyecto de vida, las relaciones con el mundo y, por lo tanto, la redefinición de sus lazos familiares y el reconocimiento de las

opciones y restricciones que la sociedad le ofrece. Los riesgos son mayores si la adolescente no recibe apoyo de la pareja y de las familias, incluso cuando la unión forzada detiene la ampliación de sus experiencias sociales y el desarrollo de destrezas para la autonomía (Meneghello y Martinez, 2000).

Ante la problemática del alto índice de adolescentes embarazadas presentada anteriormente en Colombia, se hace necesario investigar el nivel de autoestima que presentan las jóvenes embarazadas y los factores sociodemográficos de estas mujeres (tipo de familia, nivel educativo, estado civil, estrato social, con quien viven, el consumo de sustancias ilegales, violencia intrafamiliar y si han sido objeto de violación en su vida), para evidenciar si desde el momento en que se encuentran en estado de embarazo se ve afectado su estado emocional.

Por consiguiente la presente investigación buscó dar respuesta al siguiente interrogante ¿Cuál es el nivel de autoestima de las adolescentes en estado de embarazo y cuáles son los factores sociodemográficos de las mismas?

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La autoestima es uno de los constructos psicológicos que con mayor frecuencia se incluye en los estudios que intentan explicar los comportamientos de la salud en los adolescentes. Específicamente el interés por la relación de la autoestima con el inicio de la actividad sexual en la adolescencia se aprecia desde los primeros estudios que se realizaron en la década de los setenta del siglo pasado, la mayoría centrados en el embarazo precoz. No obstante una revisión de esas investigaciones realizada por Chilman (1980), estableció que pocos fueron los autores que lograron sustentar la relación de la baja autoestima con la participación de las mujeres en las relaciones sexuales no maritales.

En un estudio de revisión posterior, Miller y Moore (1990) observaron que la forma en que la autoestima influye sobre el inicio de la actividad sexual, o como esta influye en la autoestima, parece depender básicamente del contexto normativo en el que se encuentran los adolescentes; sin embargo, Cole (1997), encontró que la relación es contraria a la que teóricamente se predice. De acuerdo con los estudios revisados por este autor, a medida que el nivel de autoestima aumenta, la práctica de comportamientos sexuales inseguros disminuye. En relación con esto, los resultados de algunas investigaciones revelan que la asociación de la autoestima con la edad de inicio de actividad sexual es significativa, pero se diferencia por su sexo (Paul, Fitzjjhon, Herbison & Dickson, 2000; Spencer, Zimet, Alazma & Orr, 2002; Whitaker, Miller & Clark, 2000).

De acuerdo con lo establecido anteriormente, se hace necesario determinar el nivel de Autoestima y los factores sociodemográficos en adolescentes en estado de embarazo con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años pertenecientes a la ciudad de Santa Marta.

Cabe resaltar que la presente investigación aporta muchos beneficios a la sociedad ya que se muestran las características de la autoestima de una adolescente que quede en estado de embarazo, debido a que este hecho afecta a la persona no solo a nivel individual sino también a nivel colectivo, por lo tanto inmiscuye a la persona afectada y al mismo tiempo a los padres, familiares y demás personas que la rodean; por ende con esta investigación la sociedad debe sensibilizarse sobre cómo se puede llegar a sentir una adolescente que esté pasando por este gran desafío en su vida.

Por consiguiente, es importante investigar sobre el nivel de Autoestima de las Adolescentes en Estado de Embarazo y los factores en los cuales convive, lo cual es de gran beneficio para la Universidad del Magdalena y específicamente el programa de Psicología porque le aporta nuevos conocimientos a la institución y posibilita la investigación en líneas ya instituidas a través de sus grupos de investigación, como lo es en el presente caso con el Grupo de Estudio del Suicidio y Conductas de riesgo sexual, en el campo de esta disciplina, que tiene un especial interés por el conocimiento de la salud mental y física del individuo.

## **5. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de Autoestima y los factores sociodemográficos en adolescentes en estado de embarazo con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años pertenecientes a la comuna de la ciudad de Santa Marta.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el nivel de autoestima en las adolescentes en el momento en que se encuentran en estado de embarazo.
- Describir los factores sociodemográficos de las adolescentes embarazadas.

## **6. MARCO TEÓRICO**

### **6.1 AUTOESTIMA**

La presente investigación tiene como base los postulados planteados por Rosenberg quien definió la autoestima como el sentimiento global de importancia, valor o dignidad que tiene la persona hacia sí misma y expresa una actitud de aprobación o desaprobación del sí mismo como totalidad (Rosenberg, 1965, 1979). De acuerdo con la literatura disponible sobre el tema, la autoestima tiene como mínimo dos dimensiones: competencia y valoración.

La dimensión de competencia se refiere al grado en el que la persona se ve a sí misma como capaz y eficaz (Cast & Burke, 2002), en tanto que tiene éxito en lo que se propone (James, 1918/1950) o siente que cumple a satisfacción con sus estándares personales (Rosenberg, 1965). Esta valoración que hace la persona de su competencia se basa en los resultados que ha obtenido en distintos dominios, es decir, a partir de lo que ha hecho en el pasado.

La dimensión valorativa, por su parte, corresponde al grado en el que la persona siente que es una buena o mala persona (Tafarodi, Marshall & Milne, 2003) o en el que califica sus atributos -físicos, académicos, deportivos, familiares, sociales- en términos negativos o nada favorables o en términos positivos o muy favorables (Harter, 1999).



Desde 1965 Rosenberg había señalado que la valoración de sí mismos en los hombres está centrada en la competencia, mientras en las mujeres está basada en su capacidad para establecer y mantener relaciones con otras personas. Vargas-Trujillo, Gambara, y Botella. (N/D), al hablar de variables moderadoras del efecto de la autoestima sobre la actividad sexual, mencionan que las normas y las expectativas culturales que el adolescente acepte y asuma son determinantes relevantes de la valoración que haga de sí mismo.

## **6.2 EMBARAZO ADOLESCENTE**

Cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término un embarazo, ignorándose el número de abortos. La prevalencia del embarazo temprano ha aumentado en el mundo entero en las últimas décadas, ello constituye una situación de riesgo social y biológico cuando se asocia a un menor nivel socio-económico, a deserción escolar; a baja autoestima y a una pareja inestable o ausente. El embarazo en esta etapa es en sí mismo un marcador de factores sociodemográficos que aumentan los riesgos tanto de la gestación como de la maternidad (Burgos y Carreño, 1995).

El embarazo en la Adolescencia se define como aquélla gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente (11 y 18 años) mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

Ha sido llamado también el Síndrome de Fracaso, o la puerta del ciclo de pobreza (Alvarado, 2003).

Desde la teoría, los factores que se asocian al embarazo en la adolescencia se clasifican en tres niveles: Individuales, Familiares y Sociales (Hamel, 1993). Dentro de los individuales se ha constatado una tendencia precoz en la menarquía (Hamel, 1993; Molina, Araya, Ibaceta, Jordán y Lagos, 1986), bajo nivel de aspiraciones de logro académico (Silva, 1994), impulsividad, omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad (Craig, 1997). Además presentan poca habilidad de planificación en general, hecho que se asocia directamente con el no uso de métodos anticonceptivos (MAC).

En relación a ello, existen una serie de costos sociopsicológicos de la contracepción, ya que la utilización y planificación del uso de MAC suponen el reconocimiento de la actividad sexual de la adolescente lo que redundaría en sanción social; es decir que la utilización de los métodos anticonceptivos promueven la actividad sexual a temprana edad, lo cual genera controversia en la sociedad (Fernández, Bustos, González, Palma, Villagrán y Muñoz 2000; Lavín, Lavín y Vivanco 1997; Valenzuela, Herold y Morris, 1991).

En la dimensión individual aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): "amor romántico", no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad también destaca esta dimensión la capacidad reflexiva y proyecto de vida.

Entre los Factores Familiares se describe la disfunción familiar con escaso apoyo afectivo, el que su madre o una hermana se hayan embarazado en su adolescencia y la pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres (Corcoran, 1999; Hamel, 1993; Lavín, Lavín y Vivanco, 1997; Millán, Valenzuela y Vargas, 1995; Molina, Araya, Ibaceta, Jordán y Lagos 1986; Silva, 1994; Valenzuela, Herold y Morris, 1991).

Dentro de este se destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna. Surgen factores percibidos por las adolescentes como protectoras del embarazo no planificado (FPE), esta dimensión familiar: "familia cuidadora" y límites claros; y en la dimensión social la categoría o factor con mayor peso es "sanción social" (Baeza, Poo y Vásquez, 2007).

Los estudios en relación con el inicio de la vida sexual en los y las adolescentes, muestran que si bien la actividad sexual no es "mayoritaria", tampoco es un evento poco frecuente (Langer y Tolbert, 1996; Morris, 1988).

Por otra parte en los Factores Sociales se encuentra la condición económica desfavorable relacionada con hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, y marginación social (<biblio>).

Otro factor presente es la coexistencia de información contradictoria respecto a la sexualidad en mensajes comercializados y estereotipados que contribuyen a la reducción de las barreras culturales que limitarían la actividad sexual (Craig, 1997).

El 13% de las jóvenes colombianas residentes en zonas urbanas tienen o han tenido hijos, 4,5% están embarazadas, 3% han tenido abortos y 40% han tenido relaciones sexuales al menos una vez. De las jóvenes que han tenido o tienen relaciones sexuales, 16,5% no utiliza ningún método anticonceptivo. Sólo 6% de la población de interés no completó sus estudios primarios y 42% no asiste al colegio o a la universidad (Gaviria, 2000).

Las cifras utilizadas en este estudio fueron tomadas de la Tercera Encuesta Nacional de Demografía Salud (ENDS), realizada en el primer semestre del año 2000 bajo la supervisión técnica de *Pro familia*. Esta encuesta hace parte del Programa Mundial de Encuestas de Demografía y Salud, patrocinado por la

Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) (Gaviria, 2000).

Las familias encabezadas por madres solteras jóvenes han aumentado en la Región, particularmente en el Caribe Colombiano.

Por otra parte, la literatura internacional sobre el tema muestra, por ejemplo, que las mujeres que quedan embarazadas y dan a luz durante su adolescencia tienen una menor probabilidad de completar sus estudios secundarios, de participar en la fuerza de trabajo y de casarse y permanecer casadas (Card & Wise, 1978; Grogger & Korenman, 1993; Hots, McEloy y Sanders, 1999).

Asimismo, estudios fisiológicos y sociológicos muestran que, al menos en Estados Unidos, los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud durante su infancia y problemas de comportamiento, incluyendo uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante su adolescencia (Hayes, 1987). Aunque algunos de estos estudios no implican la existencia de una conexión causal entre embarazo adolescente y los problemas mencionados, la literatura en su conjunto muestra de manera fehaciente que las repercusiones negativas del embarazo juvenil son muchas y significativas.

La maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe es relativamente común. En América Central, nacen cada año entre 99 y 139 niños por 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad. La tasa es más elevada en los países más pobres. Los datos existentes indican que en los países de América Central

(excepto Costa Rica), cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años (Alvarado, 2003).

El 50% de las adolescentes menores de 17 años son sexualmente activas en América Latina, de acuerdo a la *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud* (Macro Internacional, 1996); en Perú, el porcentaje de mujeres sexualmente activas menores de 20 años ha aumentado de 45 al 53% de 1991 a 1996. En Paraguay, este incremento fue de 61 a 71% en 1995-96 (OPS, 1992).

En Nicaragua, la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (Macro Internacional, 1998), reveló que la edad mediana de la primera relación sexual de las mujeres aparentemente no había mostrado cambios en los últimos cinco años, manteniéndose en 18.2 años.

En Honduras, la edad media de la primera relación sexual en mujeres de 15 a 49 años fue de 18.3 años (CDC, 1996). Los últimos datos reportados para El Salvador muestran que la edad media a la primera relación sexual en mujeres de 15 a 49 años fue de 18.5 años en 1998 (FESAL, 1998).

En las mujeres adolescentes en Santiago de Chile, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 16.2 años, mientras que en Ciudad de Guatemala es de 15.9 años de edad. Esta diferencia también se podría atribuir a factores relacionados con el nivel de educación (Guttmacher, 1998).

El aspecto central de estas cifras, que podrían parecer no muy elevadas en comparación con otras poblaciones, es que se refieren a un grupo con una vida sexual corta. Por lo que se refiere a los embarazos no planeados, las estadísticas gubernamentales indican que cada año más de 400 mil adolescentes en México tienen un bebé, y de acuerdo con algunos estudios, en la mayoría de los casos habrían preferido no tenerlo en ese momento. Muchos de los embarazos no deseados o no planeados de jóvenes solteras tienen consecuencias negativas tanto sociales como físicas para madres e hijos (Felice, Feinstein, Fisher, Kaplan, Olmedo y Rome, 1998). Se sabe que, por lo menos, 14,7% de estos embarazos terminan en aborto, los cuales son inseguros debido a que en México se encuentran penalizados (Barnet, Arroyo, Devoe & Duggan, 2004; Estados Unidos Mexicanos, 2000; Langer, Harper y García-Barrios, 1994; Núñez, Hernandez, García, González y Walter, 2003; OPS, 2000).

Por otra parte, los embarazos no planeados o no deseados son una consecuencia del comportamiento sexual de riesgo en adolescente con un impacto psicosocial

negativo (Narring, Michaud & Sharma, 1996; Stock, Bell, Boyer & Connell, 1997; Szigethy & Ruiz, 2001).

Los resultados confirman que las madres adolescentes chilenas tuvieron riesgos reproductivos elevados en comparación con las mujeres de 20 a 34 años y que el número de nacidos vivos de madres adolescentes mostró una tendencia ascendente, pero de un modo significativo solamente en las menores de 15 años (Donoso, Becker y Villarroel, 2003).

Generalmente se presenta una actitud de rechazo y ocultamiento del embarazo por temor a la respuesta del grupo familiar, lo que conllevaría a un control prenatal tardío o insuficiente, dificultando la detección de problemas o la implementación de medidas de intervención (Castro, 1994).

Por otra parte, se puede decir que el desarrollo psicosocial comprende una de las principales tareas del ser humano consistente en construir una identidad propia (Reeder, Martín y Koniak, 1995), además de regular internamente la autoestima la cual se asocia a las necesidades emocionales satisfechas, así, las adolescentes que presentan carencias afectivas intentarían sentirse valoradas a través de la maternidad (Hoffman, Paris y Hall, 1997).



En lo que respecta a Colombia los mayores porcentajes de embarazadas están en el Valle del Cauca, Cali (7%), Tolima-Huila-Caquetá (6%), Bogotá (6%), y Bolívar-Sucre-Córdoba (5%). El menor nivel reencuentra en Barranquilla (1%)(Profamilia, 2000).

La investigación realizada por Ceballos y Campo, (2007) muestra que el 22.5% de los adolescentes estudiantes de secundaria de Santa Marta han tenido una Relación Sexual (RS) alguna vez en la vida. El haber tenido RS se asoció con ser varón, tener más años de edad, mayor grado de escolaridad, estudiar en colegio privado y con comportamientos de riesgo para la salud como el consumo de alcohol, cigarrillos y marihuana. En este estudio se informa que aproximadamente uno de cada cuatro de los estudiantes ha tenido RS. Similares resultados se encontraron en Santa Marta en muestras no probabilísticas y en lo que se informó para estudiantes de un colegio público de Bucaramanga (Castillo, Meneses, Silva, Navarrete y Campo 2003). No obstante, es significativamente menor a 33% encontrados en estudiantes de noveno a undécimo grados de varios colegios públicos de Barranquilla (Navarro y Vargas, 2004) y 58% para estudiantes de secundaria y universitarios de Bucaramanga (Vera, López, Orozco y Caicedo, 2001).

A nivel internacional la prevalencia de RS en adolescentes varía de modo considerable, por ejemplo, se han hallado prevalencias de 20% en estudiantes japoneses (Takakura, Nagayama, Sakihara & Wilcox, 2001), 34% en nigerianos (Slap, Lot, Huang, Daniyam & Zink, 2003), 43% en ecuatorianos ( Park, Sneed,

Morisky, Alvear & Hearst, 2002), 45% en suizos (Fingerman, 1989), 22% a 52% en estudiantes estadounidenses (Small & Luster, 1994; Atgav & Spencer, 2002), 41% en afroamericanos e hispanos (Millar, Forehand y Kotchick, 2000). Divergen de los resultados que se presentan, 11% en adolescentes chilenos, 11 y 18.4% en estudiantes mexicanos (Fleiz, Villatoro, Medina, Alcántar, Navarro y Blanco, 1999). Estas diferencias se pueden atribuir a factores sociales y culturales propios de la población objeto de cada estudio (Upchurch, Aneshensel, Sucoff & Levy, 1999).

La prevalencia de RS en adolescentes escolarizados cambia según el contexto social cultural de la población, depende del país, de la ciudad, el lugar de residencia urbana o rural y el rango de edad de la población estudiada, las prevalencias informadas se encuentran entre el 7.0 y 63.5 por ciento (Ceballos y Campo, 2007; Chirinos, Salazar & Brindis, 2000; Gascón, Navarro, Gascón, Férula, Jurado y Montes, 2003; Harvey & Spigner, 1995; Moreau, Ferron, Jeannin & Dubois, 1996; O'Sullivan & Krisman, 1993; Park, et al, 2002; Resnick, Bearmen, Blum, Bauman, Harris, Jones, et al. 1997; Small & Luster, 1994; Takakura, et al, 2001; Træen & Kvalen, 1996; Youn, 1996).

Los resultados de algunas investigaciones exponen la existencia de enormes diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales. La incidencia de embarazo juvenil es de 34% en el nivel socioeconómico inferior y de 8% en el superior. Los resultados señalan también que la incidencia de embarazo juvenil es

mucho mayor entre las jóvenes que no han completado su educación primaria y entre las jóvenes con padres de menor nivel educativo. Con todo, la incidencia de embarazo no sólo afecta más a los más pobres, sino que también contribuye a perpetuar la pobreza (Gaviria, 2000).

Igualmente estos estudios muestran, que sólo una tercera parte de las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos de nivel socioeconómico puede explicarse a partir de diferencias en el porcentaje de jóvenes que mantienen relaciones sexuales. Una fracción aún menor puede explicarse por diferencias en el conocimiento y uso de métodos de control natal (Gaviria, 2000).

Entonces se puede deducir que las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales se debe no a los mayores porcentajes de jóvenes de estratos bajo y medio que mantienen relaciones sexuales, sino a la mayor propensión de éstas jóvenes a quedar embarazadas. Por supuesto, la anterior descomposición es apenas sugestiva en el sentido de que brinda algunas luces, mas no conclusiones definitivas, sobre cuáles pueden ser los factores que explican las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales (Gaviria, 2000).

Este mismo autor manifiesta que, si se dejan de lado las diferencias en actividad sexual, las diferencias en la probabilidad de embarazo pueden obedecer a tres factores distintos: diferencias en información y conocimiento sobre métodos de control natal; diferencias en la facilidad de acceso a dichos métodos; y diferencias

en preferencias reproductivas (explicadas, a su vez, por diferencias en las percepciones sobre las consecuencias negativas de un embarazo a temprana edad).

Igualmente, sigue explicando Gaviria (2000), que dichos embarazos se presentan por la desinformación de métodos anticonceptivos, por tal razón el porcentaje de jóvenes que reportan alguna familiaridad con los métodos más tradicionales de control natal, lo que arroja muchas dudas sobre la importancia del primer factor señalado arriba. Así, por ejemplo, el porcentaje de jóvenes que reportan alguna familiaridad con los anticonceptivos orales es superior a 96% en todos los estratos. Sin embargo, las jóvenes de estrato alto reportan un mayor conocimiento acerca del uso de preservativos, pero las diferencias no son significativas.

Aunque la carencia de medios económicos puede dificultar el acceso a anticonceptivos orales y condones entre las jóvenes más pobres, la existencia de programas oficiales de distribución gratuita de anticonceptivos hace muy difícil argumentar que las diferencias en las tasas de embarazo juvenil están jalonadas por diferencias en acceso a métodos de control natal, lo que le resta peso al segundo factor. En efecto, menos de 1% de las entrevistadas de su investigación citaron razones de falta de acceso y costo excesivo para justificar el no uso de anticonceptivos (Gaviria, 2000).

De la misma forma, la conducta sexual riesgosa aumenta la frecuencia de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular, por el virus de la

inmunodeficiencia humana (VIH) (Gómez, Del Romero, Castilla, Rodríguez, García, Clavo, et al 2001; Mesa, Barella y Cobeña, 2004).

Nuevamente existen diferencias sustanciales en información, conocimiento, acceso y uso de prácticas anticonceptivas, la mayor propensión de las jóvenes más pobres a quedar embarazadas sólo podría explicarse por su convicción, errónea o no, que el embarazo y la maternidad no afectan de manera significativa sus perspectivas de vida. La literatura anglosajona sobre el tema muestra que muchas adolescentes de escasos recursos, la mayoría educadas en un ambiente de bajas expectativas y derrotismo, ven en el embarazo una alternativa de vida y en los hijos una posibilidad de recibir ayuda pública (Gaviria, 2000).

Wilson, (1996) afirma, por ejemplo, que en comunidades donde los jóvenes tienen pocas razones para creer en un futuro prometedor (incluyendo perspectivas de empleo estable y de uniones afectivas estables), éstos serán mucho más propensos a verse involucrados en conductas que ponen en serio peligro sus posibilidades de movilidad socioeconómica. Aunque las circunstancias colombianas son, sin duda, distintas a las norteamericanas, no parecería descabellado, a la luz de la evidencia presentada, invocar argumentos similares para explicar las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos de nivel socioeconómico.

No obstante, el conocimiento de que, en el mejor de los casos, la efectividad del condón como método anticonceptivo es únicamente de 85%, si bien más alto para ITS, la respuesta central para hacer frente a la problemática descrita se ha enfocado en el uso del condón, sin considerar las barreras sociales, psicológicas y económicas que plantea su uso, especialmente para poblaciones vulnerables como los adolescentes (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003). De los adolescentes sexualmente activos, 39% reportó haber usado condón en su primera relación sexual, sin diferencias entre sexos (Torres, Dilys, Gutiérrez, Stefano y Bertozzi, 2006).

Por lo que se refiere al uso de condón de la ocasión más reciente, éste fue reportado por 58% de los hombres y 46% de las mujeres. Respecto a la seguridad para obtener un condón, tanto hombres como mujeres sexualmente activos e inactivos, se declararon altamente seguros de poder obtener un condón (82.78% de las mujeres y 93.6% de los hombres). Sin embargo, al revisar las cifras de la habilidad de usar un condón, las mujeres en ambos casos muestran menor habilidad que los hombres (65.5 y 84.95% de las mujeres y hombres con vida sexualmente activa, respectivamente, y 16.43 y 52.33% de las mujeres y hombres que no han iniciado su vida sexual, respectivamente) (Arrivillaga, et al, 2003).

Tratándose de negociar el uso del condón en el momento de una relación sexual, las mujeres (sexual- mente activas e inactivas) declaran tener una mayor

capacidad de negociar el uso de condón que los hombres: 93.69 y 86.59% de mujeres y hombres declaran tener la capacidad de condicionar las relaciones sexuales al uso del condón, mientras que 87.4 y 77.42% de mujeres y hombres respectivamente, declaran ser capaces de interrumpir la relación sexual para usar condón (Arrivillaga, et al, 2003).

Es importante mencionar que “Desafortunadamente la actividad sexual de los y las adolescentes no va aparejada con información y educación científica y oportuna en temas de sexualidad y salud reproductiva y en los derechos y responsabilidades correlativos, a los cuales se suma la inexistencia o insuficiencia de servicios de calidad, adecuados para las y los adolescentes y accesibles a todos-as ellos y ellas” (Posada, 2000. p. 6).

La tendencia es variable a través de la Región y está ligada a una serie de determinantes sociales y económicos, así como culturales. Existe un aumento en la edad media de la primera relación sexual en Colombia, República Dominicana y Perú, pero está disminuyendo en El Salvador y Guatemala. Si examinamos las diferencias entre las mujeres adolescentes del área urbana y del área rural, se establece que el inicio de las relaciones sexuales, antes de los 20 años, continúa siendo más común en las áreas rurales. Sin embargo, este inicio precoz de las relaciones sexuales en el área rural durante la adolescencia coincide con el matrimonio (Guttmacher, 1990).

Por otra parte la violencia hacia las mujeres embarazadas repercute en los recién nacidos, pues conduce al bajo peso al nacer (BPN) y afecta adversamente a cualquier niño en la etapa inicial de la vida, tanto por el incremento de la morbilidad y de la mortalidad como por sus efectos sobre el desarrollo de las capacidades físicas, cognoscitivas y sociales, que pueden limitar considerablemente a los que sobreviven estos episodios (Curry, Harvey, (1998); Grimstad, Schei, Backe, Jacobsen,(1997).

Este tipo de violencia se caracteriza por un patrón de conducta dominadora hacia las mujeres que abarca el abuso físico (golpes, quemaduras, mordeduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso psicológico y emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono, negligencia) y el abuso sexual, el cual consiste en forzar física o psicológicamente a la mujer a la relación sexual o a una conducta sexual de determinado tipo (Bergonzoli, Núñez, 1997).

La información sobre la violencia hacia las mujeres es escasa y varía según el diseño de los estudios y los países donde estos se realizan. En una revisión de 26 trabajos procedentes de 20 países realizada por Heise en 1994, entre 20 y 75% de las mujeres habían sufrido actos de violencia. El estudio reveló grandes diferencias no solo según el país, sino también según el tipo de población estudiada (urbana o rural). En un metaanálisis de ocho estudios. Murphy, Schei,



Myhr, Mont en el 2001 encontraron prevalencias de abuso durante el embarazo entre 5,6 y 16,6%.

## **7. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

### **7.1 EXPLORATORIO DESCRIPTIVO**

La presente investigación radica en describir las variables autoestima y factores sociodemográficos en adolescentes embarazadas. Este estudio comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o los procesos del fenómeno del alto índice de adolescente en estado de embarazo, especificando sus características y sus rasgos relevantes.

### **7.2 TIPO DE DISEÑO**

La presente es una investigación de diseño descriptivo transversal, ya que la información necesaria fue recolectada en un solo momento histórico, en un tiempo único.

### **7.3 POBLACIÓN**

La población objeto de investigación estuvo constituida por 22 adolescentes embarazadas del barrio Divino Niño localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta.

No se encontró ninguna fuente de información que mostrara el número de adolescentes embarazadas en los diferentes entes gubernamentales de esta ciudad, como son la I.C.B.F, Profamilia, E.S.E, población vulnerable y el centro de salud de la comunidad

Debido a la carencia de información de la comuna 5, se decidió realizar un censo el cual presentaran las características necesarias para realizar la investigación, es decir, estar embarazadas y ser adolescentes entre los 11y 18 años de edad; el cual fue realizado en el segundo periodo del año 2008 en el mes de septiembre.

#### **7.4 MUESTRA**

Para efectos de la recolección de la información se tomó el total de la población como muestra, dada la finitud de la misma; es decir el 100% de las adolescentes embarazadas.

#### **7.5 INSTRUMENTOS**

La información necesaria para la investigación se obtendrá directamente de las adolescentes embarazadas. Para ello se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Rosenberg, 1965), que es una medida global del constructo,

que se basa en la estructura multifacética del sí mismo. La cual consta de 10 preguntas que se refieren a «la valoración que el individuo hace y que acostumbra a mantener con respecto a sí mismo, la cual se expresa en una actitud de aprobación o desaprobación» (Rosenberg, 1965, p.5). Para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

Aunque inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3,5,8,9,10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40.

También se utilizó un cuestionario sociodemográfico diseñado por los autores del presente estudio, debido a que no se encontró un cuestionario estándar que evaluara las características establecidas en la investigación, dentro de este se solicitan los datos sociodemográficos como tipo de familia, nivel educativo, estado civil estrato social, con quien viven, el consumo de sustancias ilegales, violencia intrafamiliar y si han sido objeto de violación en su vida, para el enriquecimiento de la misma.

## **7.6 PROCEDIMIENTO**

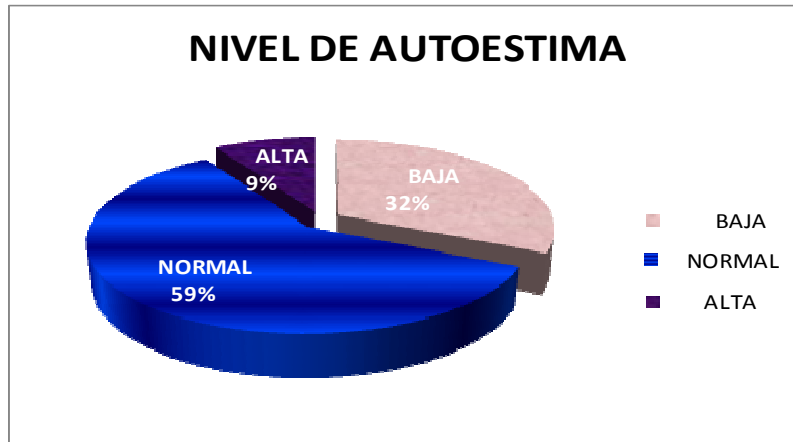
Esta investigación se llevó a cabo con el fin de describir la autoestima (alta – baja) y los factores sociodemográficos (como el tipo de familia, nivel educativo, estado civil, estrato social, con quien viven el consumo de sustancias ilegales, violencia intrafamiliar y si han sido objeto de violación en su vida las adolescentes en estado de embarazo de la ciudad de Santa Marta).

Para obtener la información requerida se contó con la participación de las adolescentes embarazadas, a las cuales se les solicitó firmar un consentimiento informado en donde se les explicaba que su identidad no sería revelada y que en cualquier momento podían abandonar la investigación.

## 8. RESULTADOS

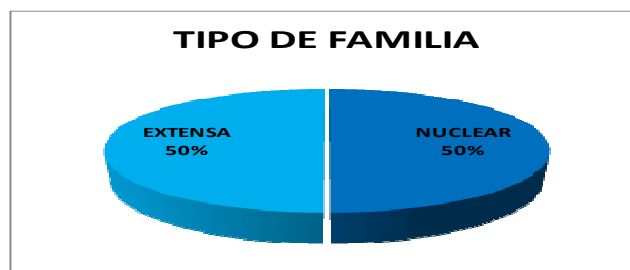
Los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados a las adolescentes embarazadas fueron los siguientes:

Gráfica 1:



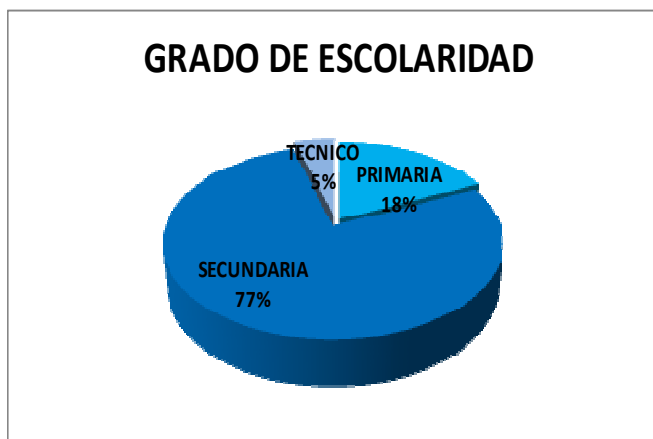
Como resultado de la aplicación de la escala de Rosenberg se observó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% reflejó autoestima normal y el 9,09% mostró autoestima alta.

Gráfica 2:



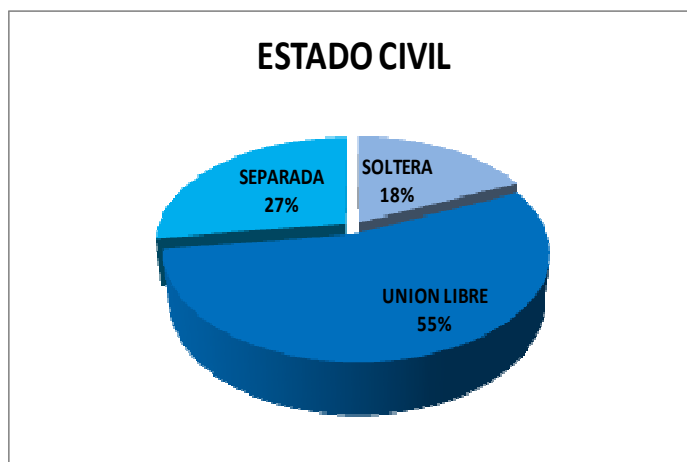
Con referencia a los factores sociodemográficos, en el factor tipo de familia se evidenció que el 50% de las adolescentes respondió que pertenecía a familia nuclear y el 50% restante corresponde a familia extensa.

Gráfica 3:



En relación al grado de educación, el 18,18% se encuentran estudiando o han cursado hasta básica primaria, el 77,27% en básica secundaria y solo el 4,55% respondieron que han cursado estudios de carreras técnicas.

Gráfica 4:

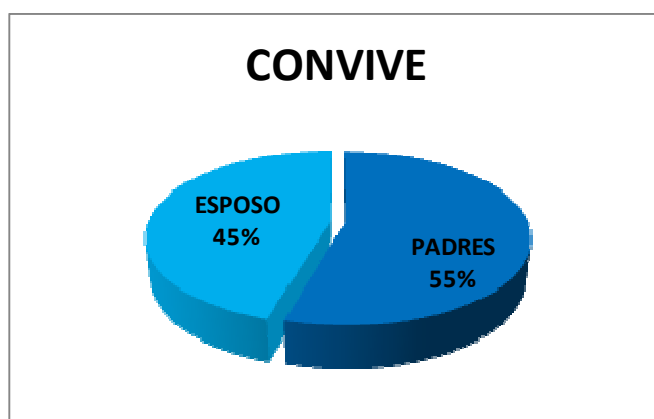


En cuanto al estado civil de las adolescentes el 18,18% manifestó ser soltera, el 36,4% respondieron estar casadas, el 27,3% admitió estar separadas y el 18,18% confesó estar en unión libre. El porcentaje de las adolescentes casadas y en unión

libre se unió ya que para efectos de la investigación se considera lo mismo, es decir que conviven.

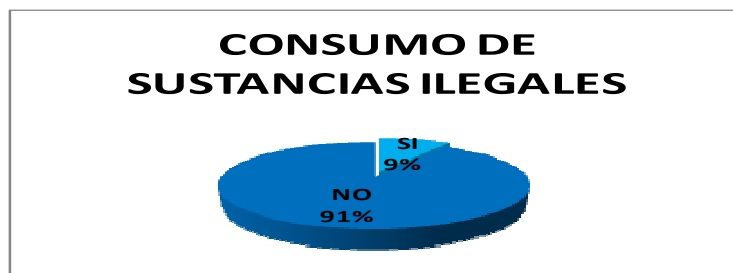
El 100% de la población está enmarcado en estrato socioeconómico 1, teniendo en cuenta que el total de las adolescentes pertenece al mismo estrato, este ítem se omite.

Gráfica 5:



El 45% de las adolescentes convive con el conyugue, el 55% restante convive con el padre.

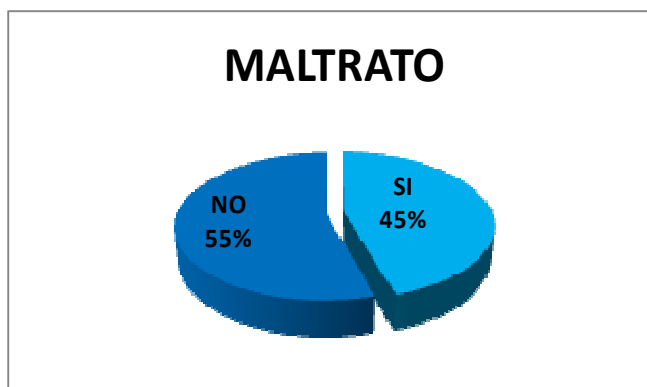
Gráfica 6:





De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta el 90,91% manifestó no consumir sustancias ilegales, frente a un 9,09% que afirmó haber consumido algún tipo de sustancias.

Gráfica 7:



Acorde a los resultados se evidencia que el 45,45% de las adolescentes embarazadas ha sido maltratada y el 54,55% no ha sido víctima de maltrato.

Gráfica 8:



De las adolescentes encuestadas el 14% reveló haber sido objeto de violación, mientras que el 86% afirmó no haber pasado por esta situación.

## 9. DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que de las adolescentes embarazadas el 32% presenta un nivel de autoestima baja, no hay diferencia entre el tipo de familia (50% es nuclear y el otro tanto extensa), el 77% ha efectuado estudios de secundaria, el 45% se encuentra soltera, el 55% convive con sus padres, el 100% pertenecían a estrato socioeconómico bajo, el 9% manifestó haber ingerido sustancias ilegales, el 45% de las adolescentes embarazadas ha sido objeto de maltrato y el 14% manifestó haber sido objeto de violación sexual en su infancia.

Tras el análisis de las respuesta para cada variable, se evidencia un 32% de autoestima baja en las adolescentes embarazadas encuestadas, resultado que corrobora lo investigado por Cole (1997) y lo hallado por Chilman (1980), quien encontró que pocos autores lograron sustentar el bajo nivel de autoestima con la participación de las mujeres en las relaciones sexuales no maritales. No obstante, una tercera parte de la muestra presenta autoestima baja durante el estado de embarazo, esto sustenta la teoría de Rosenberg 1965-1979, y se puede inferir que la actitud de desaprobación se mostró presente en estas jóvenes, es decir no tienen estima de sí, lo que constituye un gran problema tanto para la adolescente como para el bebé, en primer lugar porque no se estaría fomentando un ajuste saludable del estado emocional de la adolescente y en segundo, los riesgos del

embarazo se incrementarían, desde el punto de vista biológico, ocasionando incluso la pérdida del bebé, debido al nivel de autoestima bajo.

Profundizando más en el campo afectivo y emocional de las adolescentes, el sentimiento de amor propio se encuentra en su mayoría en los niveles más bajos, y esta su vez abriga una fuerte y constante influencia por el estado de embarazo, en relación a lo anterior, las estadísticas gubernamentales indican que cada año más de 400 mil adolescentes en México tienen un bebé, y de acuerdo con algunos estudios, en la mayoría de los casos habrían preferido no tenerlo en ese momento (Felice, Feinstein, Fisher, Kaplan, Olmedo y Rome, 1998).

Los resultados del presente estudio corroboran lo hallado en otras investigaciones en cuanto a los factores sociodemográficos, que señalan que las adolescentes embarazadas están asociadas a un menor nivel socio-económico, deserción escolar y a una pareja inestable o ausente (Burgos y Carreño, 1995).

Igualmente, el presente estudio se asemeja en sus resultados a lo estipulado en la literatura internacional sobre el tema, en el sentido que las adolescentes que quedan embarazadas y dan a luz durante su adolescencia tienen una menor probabilidad de completar sus estudios secundarios, de participar en la fuerza de trabajo, de casarse y permanecer casadas (Card & Wise, 1978; Grogger & Korenman, 1993; Hots, McEloy y Sanders, 1999). Afirmando este planteamiento las cifras del presente estudio soportan que el mayor grado de escolaridad que las

adolescentes cursan es secundaria, el segundo nivel que mayor incidencia tuvo fue primaria y en última instancia técnico enmarcado dentro del porcentaje más bajo, a esto se suma que la gran parte de adolescentes tienen condiciones socioeconómicas bajas, en este sentido el nivel educativo de la adolescente se ve frustrado debido a la variable socioeconómica y el estado de embarazo.

Argumentando nuestro análisis, la literatura anglosajona sobre el tema muestra que muchas adolescentes de escasos recursos, la mayoría educadas en un ambiente de bajas expectativas y derrotismo, ven en el embarazo una alternativa de vida y en los hijos una posibilidad de recibir ayuda pública (Gaviria, 2000). Esto podría estar asociado a las concepciones asistencialistas que poseen en su gran mayoría las poblaciones vulnerables.

Respecto al estado civil, el 45% de adolescentes tienen una vida de pareja, incluida la unión libre, frente a un mínimo que respondió estar solteras, contrario a ello Felice, Feinstein, Fisher, Kaplan, Olmedo y Rome, (1998), quienes plantean que muchos de los embarazos no deseados o no planeados de jóvenes solteras tienen consecuencias negativas tanto sociales como físicas para madres e hijos, la soltería de estas adolescentes pueden enlazarse al hecho de que sigan viviendo en su núcleo familiar, debido a que no cuentan con el apoyo del padre de su hijo como se tiene presente en los resultados de nuestra investigación, en síntesis para estas jóvenes vivir en unión libre es factible mientras que adquirir un compromiso, estar separadas o solteras se da en el menor de los casos, ello

podría estar encadenado a la etapa de la adolescencia, la baja aceptación de compromisos y tolerancia a la frustración.

En Santa Marta, estudios informaron que el 25% de los adolescentes manifestaron haber tenido relaciones sexuales. Se documentó que haberlas tenido se asociaba con ser varón, tener más años de edad, mayor grado de escolaridad, fumar e ingerir bebidas alcohólicas y no había diferencia entre estudiar en colegio público y privado. Sin embargo, uno de estos estudios se hicieron con muestras relativamente pequeñas, tomadas por conveniencia (Ceballos y Campo, 2005). No obstante, estos mismos autores en un estudio más reciente hallaron que si existe diferencia entre estudiar en colegio público y privado, además, es de suponer que de estas relaciones pueden presentarse embarazos no planeados (Ceballos y Campo, 2007). De acuerdo con lo anterior se encontró que en relación con el presente estudio un 9% de las encuestadas afirmó haber consumido alguna vez sustancias nocivas para la salud, cifra que preocupa ya que pudo haberse presentado este tipo de comportamiento durante el embarazo, lo cual ocasionaría daños irreversibles para su salud y la de su bebé e indirectamente incidiría en el estado emocional y este a su vez en su nivel de autoestima.

Por otra parte, preocupa lo hallado en la investigación en cuanto a la violencia hacia las mujeres embarazadas, la cual fue del 45% y la violación sexual del 14%, lo cual repercute en los recién nacidos, pues conduce al bajo peso al nacer y afecta adversamente a cualquier niño en la etapa inicial de la vida y el abuso

sexual, el cual consiste en forzar física o psicológicamente a la mujer a la relación sexual o a una conducta sexual de determinado tipo (Bergonzoli, Núñez, 1997).

Todos estos factores despliegan sobre la joven sentimientos de frustración, desaprobación, juicios de valor negativos e incompetencia sobre su vida, y son manifestados principalmente en la característica de encontrarse embarazadas, por consecuente los patrones sociodemográficos son importantes en el desarrollo o permanencia del bajo nivel de la autoestima, ya que sin duda todos constituyen un simbolismo en la determinación de esta. Además de regular internamente la autoestima la cual se asocia a las necesidades emocionales satisfechas, así, las adolescentes que presentan carencias afectivas intentarían sentirse valoradas a través de la maternidad (Hoffman, Paris y Hall, 1997).

Los resultados de la presente investigación deben ser tomados con cautela en su generalización debido al tipo de diseño utilizado y por tanto lo hallado sólo debe considerarse inherente a la muestra utilizada. Sin embargo, su importancia radica en un primer intento de efectuar estudios en adolescentes embarazadas en la ciudad de Santa Marta, en este caso relacionado con los niveles de autoestima y los factores sociodemográficos imperantes en este grupo etario, lo cual lo hace un estudio pionero.

Se recomienda para futuros estudios sobre el tema utilizar otro tipo de diseño, como lo es el longitudinal, ampliar la muestra e incluir varios niveles socioeconómicos.

## **10.CONCLUSIONES**

La presente investigación corrobora en primer lugar que el embarazo en adolescentes conlleva a cambios emocionales más marcados, sobre todo basado en factores externos; aunque en los resultados este nivel de autoestima no es predominante, es preocupante la cifra ya que el solo hecho de estar embarazadas enmarca para ellas exigencias y responsabilidades que le exigen estar en la capacidad para afrontarlas y si no están aptas para ello, se ocasionarán un sinnúmero de problemas psicológicos todos arraigados al autoestima.

En otra instancia, este estudio confirma que los factores sociodemográficos como estado civil, grado de escolaridad, consumo de sustancias, maltrato y ser víctima de violación pueden jugar un papel importante en el desarrollo de la autoestima, en este aparte es válido aclarar que estos fueron los más relevantes y aunque de ellos no surgen los niveles de esta (alta, norma y baja), si están sujetos indirectamente a factores sociodemograficos puesto que predominan negativamente en sus estado emocional cotidiano; creando así un puente entre estos factores y el bajo nivel de autoestima.

Por último, se le recomienda a las entidades que trabajan con población vulnerable diseñar e implementar programas de educación que capaciten a las adolescentes embarazadas en cuanto a tematicas de amor propio, competencias, valoración, entre otras, con el objetivo de incentivar estados emocionales saludables que conlleven al incremento en el nivel de la autoestima.

## 11. REFERENCIAS

- Alvarado, J. (2003). Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia. *República de Nicaragua Ministerio de Salud*. Dirección de primer nivel de atención.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 4.
- Atgav, S. & Spencer, G. (2002). Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: a comparative study: *Fam Community Health* 25 53-64.
- Baeza, B., Poo, A., Vasquez, O., et al. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *rev. chil. obstet. Ginecol*, 72, 2,76-81.
- Barnet, B., Arroyo, C., Devoe, M. & Duggan, A. (2004). Reduced school dropoutrates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158,262-268.



- Bergonzoli G, Núñez H. (1997). Factores de la desnutrición intrauterina en neonatos a término. *Colombia Médica*;28(4):167–176.
- Burgos, L., Carreño, R. (1995) Comparación de Factores de Riesgo en dos poblaciones de Embarazadas Adolescentes Nulíparas. *Depto. Materno-Infanto-Juvenil, SIPROSA, Tucumán*, 104.
- Card, J. & Wise, L. (1978). Teenage Mothers and Teenage Fathers: The Impact of Childbearing on the Parents Personal and Professional Lives. *Family Planning Perspectives*, 10,199-205.
- Cast, A. & Burke, P. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80, 3, 1041-1068.
- Castillo, M., Meneses, M., Silva, J., Navarrete, P. y Campo, A. (2003). Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Medunab*, 6, 137-143.

- Castro, R. (1994). Estrategias en Salud Reproductiva del Adolescente en Chile. *Rev Soc Chil Ginecol Infantil Adolesc*, 1(1), 38-45.
- Ceballos, G. y Campo, A. (2007). Sexual intercourse among adolescent students of Santa Marta, Colombia: a cross-sectional survey, *Colomb Med*, 38, 191-196.
- Ceballos, G. y Campo, A. (2005). Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: factores asociados. *Medunab*, 8, 171-175.
- Ceballos, G. y Campo, A. (2005). Relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de Santa Marta, Colombia: Factores asociados. *Duazary*, 2, 4-10.
- CDC, Division of Reproductive Health (1992). Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks and Consequences.
- CDC. (1996). Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud de la Familia, Honduras.

- Chilman, C. (1980). Social and Psychological research concerning adolescent childbearing: 1970-1980. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 793-805.
- Chirinos, J., Salazar, V. & Brindis, C. (2000). A Profile of sexually active male adolescent high school students in Lima, Peru. *Cad Saude Publica*, 16, 733-46.
- Cole, F. (1997). The role o self-esteem, and perceived social support among pregnant and nonpregnant adolescents, *Western Journal of Nursing Research*, 20, 195-209.
- Corcoran, J. (1999). Ecological factors associated with adolescent pregnancy: a review of the literature. *Adolescente*, 135(34), 603-619.
- Curry M, Harvey S. Stress. (1998). related to domestic violence during pregnancy and infant birth weight. En: Campbell JC, ed. Empowering survivors of abuse. Thousand Oaks, California: Sage Publications; Pp. 98–108.

- Craig, G. (1997). Desarrollo Psicológico. 7ª ed. México: *Prentice-Hall Hispanoamericana*.
- Donoso, E., Becker, J. y Villarroel, L. (2003). *Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990–1999*. *Rev Panam Salud Publica*, 14(1) ,3-8.
- Estados Unidos Mexicanos. (2000). Perfil sociodemográfico. *XII Censo General de Población y Vivienda*. México: INEGI.
- Felice. M., Feinstein, R., Fisher, M., Kaplan, D., Olmedo, L., Rome, E., *et al.* (1998). Adolescent pregnancy current trends and issues. *American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence*, 1998-1999. *Pediatrics*, 103, 516-520.
- Fernández, L., Bustos, L., González, L., Palma, D., Villagrán, J. y Muñoz, S. (2000) Creencias, actitudes y conocimiento sobre educación sexual. *Rev Med Chile*, 128, 574-583.
- FESAL (1998). Encuesta Nacional de Salud Familiar. *República de El Salvador*.

- Fingerman, K. (1989). Sex and the working mother: adolescent sexuality. *sex role typing and family background. Adolescence*, 24, 1-18.
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina, M., Alcántar, E., Navarro, C y Blanco, J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22, 14-19.
- Gascón, J., Navarro, B., Gascón, F., Férula, L., Jurado, A y Montes, G. (2003). Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. *Aten Prim*, 32, 355-60.
- Gaviria, A. (2000). Decisión: Sexo y Embarazo entre las jóvenes colombianas. *Coyuntura Social*.
- Gómez, R., Del Romero, J., Castilla, J., Rodríguez, C., García, S., Clavo P, et al. (2001). Categorías de exposición y seroprevalencia del VIH en adolescentes que se realizaron voluntariamente la prueba. *Madrid, 1986-2000. Gac Sanit*, 15, 202-8.
- Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. (1997) Physical abuse and low birthweight: a case-control study. *Br J Obstet Gynaecol*;104: 1281–1287.

- Grogger, J. & Korenman, S. (1993), "The Socioeconomic Consequences of Child Bearing. *Results from a Natural*.
- Guttmacher, A. (1998). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Nueva York.
- Guttmacher, A. (1990). *Adolescents Today, Tomorrow's Parents: A Portrait of the Americas*. Nueva York.
- Hamel, P. (1993). *Crónica de un Embarazo Anunciado, Criterios de Riesgo en Adolescentes Populares Urbanas De Familias y Terapias*.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. Nueva York: The Guilford Press.
- Harvey, S. & Spigner, C. (1995). Factors associated with sexual behavior among adolescents: a multivariate analysis. *Adolescence*, 30, 253-264.
- Hayes, C. (1987), *Risking the Future: Adolescent Sexuality, Pregnancy and Childbearing*. Washington, D.C., National Academy Press.

- Heise L. (1994). Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud. Washington, D.C.: Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1997). Psicología del Desarrollo Hoy, Volumen 2. 6ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Hots, V., McEloy, S. y Sanders, S. (1999), "Teenage Childbearing and its Life Cycle Consequences: Exploiting a Natural Experiment". *NBER, WP*.
- James, W. (1918/1950). The consciousness of self. En W James. The principles of psychology (Vol. I, p. 291-401). Nueva York: Dover Publications, Inc.
- Langer, A., Harper, C., García-Barrios, C., et al. (1994). In Mexico, women make desperate attempts to induce abortion. *Prog Hum Reprod Res*, 29,5.
- Langer, A. y Tolbert, K., eds. (1996). Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México. *The Population Council*.

- Lavín, F., Lavín, P. y Vivanco, S. (1997). Análisis de las Conductas sexuales de los Adolescentes (programa de Prevención de Embarazo adolescente).
- Macro Internacional e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (1996). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud.
- Macro International e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (1998). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud.
- Meneghello, R. y Martínez, G. (2000). Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. *Médica panamericana S.A*, Buenos Aires.
- Mesa, M., Barella, J. y Cobeña, M. (2004). Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Aten Primaria*, 33, 374-80.
- Millán, T., Valenzuela, S. y Vargas, N. (1995). Salud reproductiva en adolescentes escolares: conocimientos, actitudes y conductas en ambos sexos en una comuna de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile*, 123(3), 368-75.



- Miller. K., Forehand, R., Kotchick, B. (2000). Adolescent sexual behavior in two ethnic minority groups: a multisystem perspective. *Adolescence*, 35, 313-333.
- Miller, B. y Moore, K. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: Research trough the 1980s, *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1025-1044.
- Molina, R., Araya, S., Ibaceta, G., Jordán, P. y Lagos, E. (1986). Nivel de conocimientos y práctica de sexualidad en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol*, (3), 293 302.
- Moreau, F., Ferron, C., Jeannin, A. & Dubois, F. (1996) Adolescent sexuality: the gender gap. *AIDS Care*, 8, 641-53.
- Morris, L. (1988). Young Adults in Latin America and the Caribbean: Their Sexual Experience and Contraceptive Use. *International Family Planning Perspectives*, 14(4):153-158.
- Murphy C, Schei B, Myhr T, Mont J. (2001). Abuse: a risk factor for low birth weight? *CMAJ*; 164(11):1567–1572.

- Narring, F., Michaud, P & Sharma, V. (1996). Demographic and behavioral factor associated with adolescent pregnancy in Switzerland. *Fam Plan Perspect*, 28, 232-6.
- Navarro, E. y Vargas, R. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sida en adolescentes escolarizados, Barranquilla, julio-noviembre de 2003. *Salud Uninorte*, 19, 14-24.
- Núñez, R., Hernández, B., García, C., González, D. y Walter, D. (2003) Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública Mex Suppl*, 1, S92-S102.
- Organización Panamericana de la Salud. 1992. Manual de Medicina de la Adolescencia Washington D.C. *Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud No. 20*.
- Organización Panamericana de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2000). Recomendaciones para la atención integral de adolescentes. Buenos Aires: OPS/FNUAP.

- Ojeda, G., Ordoñez M., Ochoa L. (2005) Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional Demográfica en salud. Bogotá Colombia.
- O'Sullivan, A. & Krisman, M. (1993). Working with adolescents: a time of opportunity. *Am Nurse*, 31, 2-6.
- Park, I., Sneed, C., Morisky, D., Alvear, S y Hearst, N. (2002). Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescent. *AIDS Educ Prev*, 14, 73-83.
- Paul, Ch., Fitzjohn, j., Herbison, P. & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health*, 27, 136-147.
- Posada, C. (2000). Realidades y Retos del embarazo Adolescente. Medellín: *Cerfami*.
- Profamilia. (2000), *Salud Sexual y reproductiva en Colombia: informe resumido*. Bogotá.

- Reeder, Sh., Martín, L., y Koniak, D. (1995). Enfermería materno-infantil. 17ª ed. USA: McGraw-Hill.
- Resnick, M., Bearmen, P., Blum, R., Bauman, K., Harris, K., Jones, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278, 823-32.
- Romero, M., Maddaleno, M., Silber, T., Munist, M. (1992). Salud Reproductiva. En: Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M., Suárez, E. (eds). Manual de Medicina de la Adolescencia. *OPS-OMS. Serie Platex para ejecutores de programas de salud*, 20, 473-517.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. Nueva York: Basic Books.
- Silva, M. (1994). Relaciones sexuales en la adolescencia. 3ª ed. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Slap, G., Lot, L., Huang, B., Daniyam, C. & Zink, T. (2003). Succop PA. Sexual behavior of adolescents in Nigeria: cross sectional survey of secondary school students. *Br Med*, 326, 15-20.
- Small, S. & Luster, T. (1994) Adolescent sexual activity: an ecological, risk-factor approach. *J Marriag Fam*, 5, 181-92.
- Spencer, J., Zimet, G., Alazma, M. & Orr, D. (2002). Self-esteem as Predictor, of Coitus in Early Adolescents, *Pediatrics*, 109, 581-584.
- Stock, J., Bell, M., Boyer, D. & Connel, I. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Fam Plan Perspect*, 29, 200-3.
- Szigethy, E. & Ruiz, P. (2001). Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *Am J Psychiatry*, 158, 22-7.
- Tafarodi, R., Marshall, T. & Milne, A. (2003). Self-esteem and memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1, 29 - 45.

- Takakura, M., Nagayama, T., Sakihara, S. & Wilcox, C. (2001). Pattern of health-risk behavior among Japanese high school students. *J Sch Health*, 71, 23-29.
- Træen, B. & Kvalen, I. (1996). Sexual behavior socialization and motives for intercourse among Norwegian adolescents. *Arch Sex Beba*, 25, 289-302.
- Torres, P., Walker, D., Gutiérrez, J. y Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud pública de México*, 48, 4.
- Undurraga, C. y Avendaño, C. (1998). Dimensión psicológica de la pobreza. *Psyke*, 6 (1), 57-63.
- Upchurch, D., Aneshensel, C., Sucoff, C. & Levy, L. (1999). ¿Neighborhood and family contexts of adolescent sexual activity. *J Marriag Fam*, 61, 920-933.

- Valenzuela, S., Herold, J. y Morris, L. (1991). Encuesta de salud reproductiva en adultos jóvenes: Experiencia sexual y uso de anticonceptivos en Santiago de Chile. *Rev Méd Chile*, 118, 465-72.
- Vargas-Trujillo, E., Gambara, H. & Botella, J. (No determinado). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: Un estudio meta-analítico. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Vera, I., López, N., Orozco, L. y Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Med Colomb*, 2, 16-23.
- Whitaker, D., Miller, K. & Clark, L. (2000). Reconceptualizing Adolescent Sexual Behavior: Beyond did they or didn't they. *Family Planning Perspectives*, 32, 111-124.
- Wilson, W. (1996), *When Work Disappears: the World of the New Urban Poor*. Random House, New York.
- Youn, G. (1996). Sexual activity and attitudes of adolescent Koreans. *Arch Sex Behavior*, 25, 629-43

## ANEXO DE LOS INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG 1965

La autoestima es el reflejo de la relación entre la auto imagen real y la auto imagen ideal. Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, contesta las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada.

Respuestas:

A= Muy de acuerdo

B= De acuerdo

C= En desacuerdo

D= Muy en desacuerdo.

No.	Preguntas	A	B	C	D
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2	Me inclino a pensar que, en conjunto soy un fracasado/a				
3	Creo que tengo varias cualidades buenas				
4	Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente				
5	Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí				
6	Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a				
7	En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a				
8	Desearía valorarme más				
9	A veces me siento verdaderamente inútil				
10	A veces pienso que no sirvo para nada				



## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1). Tipo de familia al cual pertenece

Nuclear\_\_\_\_\_ extensa\_\_\_\_\_ otros\_\_\_\_\_

Cual\_\_\_\_\_

2) ¿Hasta que grado educativo ha cursado usted?

Primaria\_\_\_\_\_ secundaria\_\_\_\_\_ estudios técnicos o universitarios\_\_\_\_\_

3) ¿Cuál es su estado civil actualmente?

Soltera\_\_\_\_\_ casada\_\_\_\_\_ separada\_\_\_\_\_ unión libre\_\_\_\_\_

4). Estrato social al cual pertenece

Estrato: 1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_

5) ¿Con quien o quienes vive actualmente?

Padres\_\_\_\_\_ esposo\_\_\_\_\_ otros\_\_\_\_\_

Cual\_\_\_\_\_

6) ¿Ha consumido alguna vez sustancias ilegales?

Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Cuales \_\_\_\_\_

7) ¿Ha sido víctima de maltrato (físico o verbal) dentro de su hogar?

Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

8) ¿Ha sido objeto de violación alguna vez en su vida?

Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_